

Nebraska Health and Human Services System

FORMA PARA ESTAMPILLAS DE COMIDA

Para comenzar la solicitud para estampillas de comida, complete esta forma y entréguela a la Oficina Local Health and Human Services. Sus beneficios serán determinados a partir de esa fecha siempre y cuando la forma tenga su nombre, domicilio y firma, Y que usted haya sido determinado como candidato para el programa de estampillas de comida.

Si usted solicita beneficios de estampillas de comida y para Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI) antes de que usted sea dado de alta en una institución pública, la fecha de alta en la institución es su fecha de expediente. Se debe completarse una solicitud de asistencia para determinar si usted es candidato para recibir estampillas de comida. Se requerirá de una entrevista y usted debe mostrar prueba de la información incluida en esta solicitud.

Si necesita usted que le proporcionemos un interprete, marque aquí ¿Que idioma? _____

Su Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número Telefónico
Dirección Postal	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono para Mensajes
Dirección Donde Vive si Es Diferente	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono del Trabajo

Si usted no tiene un domicilio de calle y número, díganos cómo llegar a donde usted vive.

Por favor conteste las siguientes preguntas sobre su familia. Una familia para estampillas de comida incluye a su cónyuge, padres, hijos, hermanos y a TODA la gente que vive Y comparte la comida usted.

1. ¿Cuál es el ingreso **TOTAL ANTES** de deducciones que su familia espera recibir este mes?
 Cantidad \$ _____ Fecha(s) recibida _____

2. ¿Cuánto dinero en efectivo tienen todas las personas, cuentas de cheques, cuentas de ahorros?
 Cantidad \$ _____

3. ¿Cuales son sus gastos mensuales habitacionales? (renta, hipoteca, otros) Cantidad \$ _____

4. De los siguientes servicios, marque aquellos de los cuales usted es responsable de pagar
 Calefacción Enfriadores (aire acondicionado, enfriador evaporativo) Electricidad (ventiladores)
 Agua/Drenaje Basura Teléfono

Por favor complete lo siguiente si usted es un trabajador temporal agrícola o migratorio.

5. ¿Algún miembro de su familia es trabajador agrícola temporal o migratorio? Sí No
 Si la respuesta es "Sí", ¿Fue aprobada su familia para un aplazamiento de verificación?
 ¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____

5a. ¿Dejo de recibirse todo el dinero que ingresaba a su familia en los últimos 30 días? Sí No
Si la respuesta es "Sí", fecha del último dinero recibido _____ **¿Cuál fue la Cantidad?** _____

5b. ¿Alguien de su familia recibirá una nueva fuente de ingreso en los próximos 10 días? Sí No
 Si la respuesta es "Sí", ¿Cuál es la cantidad? \$ _____ ¿Cuándo recibirá la cantidad? _____

6. ¿Alguien de su familia recibe mercancías de la reservación india? Sí No
 Si la respuesta es "Sí", ¿Quién? _____

USTED PUEDE SER CANDIDATO PARA RECIBIR ESTAMPILLAS DE COMIDA DENTRO DE UN PERIODO DE 7 DIAS. La oficina tomará acción en su solicitud de estampillas de comida dentro de un periodo de 30 días a partir de la fecha en que usted les entregue esta solicitud.

BAJO LA PENA DE PERJURIO, JURO QUE LAS DECLARACIONES HECHAS EN ESTA SOLICITUD SON VERDADERAS Y CORRECTAS.

Su Firma _____ Fecha de Hoy _____

PARA USO DE LA OFICINA UNICAMENTE

Fecha de solicitud _____	Fecha dada/enviada por correo a la familia _____	Fecha de Recepción _____
Revisada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Razón _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tiene derecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Revisada por _____	Fecha _____	MC# _____

(DESPRENDA Y CONSERVE LAS PAGINAS 2,3 Y 4)

PARA SOLICITAR ESTAMPILLAS DE COMIDA, POR FAVOR LEA ESTA PAGINA

USTED PUEDE RECIBIR ESTAMPILLAS DENTRO DE UN PERIODO DE (7) DIAS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE ENTREGA SU SOLICITUD, SI:

- La renta/hipoteca mensual Y los servicios públicos de su familia representan más de los recursos combinados de su familia tales como efectivo o cuentas de cheques/ahorro e ingreso total mensual (**ANTES** de las deducciones); o
 - El ingreso mensual bruto de su familia es menor que \$150 Y los recursos de su familia tales como efectivo o cuenta de cheques/ahorro son de \$100 o menos; o
 - Es una familia de trabajadores agrícolas temporales o migratorios, siempre y cuando sus recursos sean de \$100 o menos.
-

DEBE ANOTAR EN SU SOLICITUD A LAS SIGUIENTES PERSONAS QUE VIVAN CON USTED:

- Cónyuge.
 - Padres e hijos menores de 22 años.
 - Hijos menores de 18 años que estén bajo el control tutelar de un adulto miembro de la familia que no sea el padre o la madre.
 - Cualquier persona que coma con usted.
-

DEBE COMPLETAR UNA SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA DETERMINAR SI USTED ES CANDIDATO PARA RECIBIR ESTAMPILLAS DE COMIDA.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS ACREEDORES DE ESTAMPILLAS DE COMIDA

USTED TIENE EL DERECHO DE:

- Solicitar. Si usted quiere pedir y/o solicitar para recibir beneficios debe dársele la oportunidad de hacerlo inmediatamente.
- Recibir una solicitud el día que usted lo solicite.
- Poner una solicitud de estampillas de comida y otros programas al mismo tiempo O poner una solicitud separada de estampillas de comida independiente de cualquier otro programa. Su petición de estampillas de comida será procesada de acuerdo al Programa de Estampillas de Comida aunque usted esté solicitando para otros programas.
- El recibir estampillas de comida no tendrá relación alguna con el límite de tiempo de cualquier otro programa que pueda solicitar para su familia.
- Recibir estampillas de comida dentro de un periodo de 30 días después de que usted entregue la forma firmada, si usted es candidato. Sus beneficios serán determinados a partir de la fecha en que usted regrese la forma firmada a la Oficina del Sistema de Servicios de Salud y Humanos.
- Recibir estampillas de comida dentro de un periodo de siete días si usted califica para un servicio mas rápido.
- Tener a alguien de su elección que lo asista en el proceso de solicitud.
- Tener a un adulto que conozca sus circunstancias y que sirva como su representante autorizado. El representante autorizado puede solicitar por usted una entrevista que no pueda ser arreglado en la oficina local, en su hogar, por teléfono en una ubicación acordada por ambos o si la entrevista no puede ser llevada a cabo.
- Pedir una entrevista en su hogar, en una ubicación acordada por ambos o una entrevista telefónica si nadie de su familia esta en posibilidades de ir a la oficina por problemas de transporte u otros inconvenientes.
- Tener una entrevista en su hogar o por teléfono si TODOS los miembros de su familia son:
 - De 60 años de edad o discapacitados Y
 - La familia no ha tenido ingreso.
- Que su información sea tratada de una manera confidencial.
- Tener los requisitos y beneficios del programa plenamente explicados.
- Ser recomendado a otras agencias públicas o privadas.
- Recibir ayuda del empleado asignado a usted para obtener verificación, siempre y cuando usted esté cooperando con el proceso de aplicación.
- Recibir una notificación suficiente de cualquier acción que afecte su aplicación o su caso
- Examinar el expediente de su propio caso y una copia de las reglas del programa de estampillas de comida.
- Apelar cualquier acción o ausencia de acción por parte de la agencia referente a su aplicación, la cantidad de sus beneficios por la falla de la agencia a actuar con rapidez razonable. Una apelación puede requerirse oralmente o por escrito a través de la Oficina Local o de la Oficina Central del Nebraska Department of Health and Human Services.

NOTIFICACIÓN DE VERIFICACION DE REQUISITOS PARA ESTAMPILLAS DE COMIDA

Si usted ofrece prueba de los puntos que aplican a su familia, el tiempo requerido para determinar su elegibilidad para recibir estampillas de comida puede ser reducido. Si usted necesita asistencia para obtener verificaciones requeridas, el empleado que se le asigne debe ayudarlo, siempre y cuando usted esté cooperando con el proceso de la aplicación.

LOS SIGUIENTES PUNTOS SON NECESARIOS PARA DETERMINAR SU ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE ESTAMPILLAS DE COMIDA:

- Prueba de identidad de la persona realizando la solicitud. Si un representante autorizado está solicitando a su nombre, el representante autorizado debe proporcionar prueba de identidad en adición al jefe de familia.
- Prueba de todos los ingresos del trabajo, tal como talones de pago.
- Prueba de ingreso de empleo propio y/o ingreso agrícola, tal como formas de impuestos
- Prueba de otros ingresos, incluyendo beneficios del Seguro Social, jubilación, incapacidad, compensación al trabajador, compensación por desempleo, beneficios para Veteranos, repartos militares (“military allotments”) pensión para los hijos (“child support”), pensión por divorcio o separación (“alimony”), becas y préstamos educacionales, intereses, dividendos y cualquier otro dinero que reciba.
- Estados de cuentas actuales de todas las cuentas de cheques y ahorros, incluyendo las de los menores de edad en la familia.
- Registros que muestren los dueños de propiedades y valor de acciones, bonos, seguridades y cualquier otro tipo de recursos que usted o cualquier otro miembro de su familia pueda tener.
- Prueba de donde vive.
- Número de Seguro Social de los miembros de la familia que solicitan los beneficios.

Usted puede presentar prueba de los siguientes puntos sí usted paga cualquiera de los costos. Usted puede recibir más estampillas de comida si usted paga estos costos y está dispuesto a ofrecer prueba de los costos.

- Prueba de renta o pago de hipoteca, impuestos y seguro de su casa.
- Prueba de responsabilidad de costos de aire acondicionado y/o calefacción. Si usted no paga costos de calefacción y/o aire acondicionado, pero tiene otros gastos de servicios públicos, tales como electricidad, agua, basura y/o teléfono, traiga prueba de los gastos de estos servicios públicos.
- Prueba de costos de cuidado del menor o costos de cuidado para adultos incapacitados dependientes.
- Prueba que se pagó la manutención o pensión para los hijos ordenado por la corte.
- Prueba de costos médicos, incluyendo seguro médico para cualquiera en la familia que sea 60 años o mayor o que esté recibiendo ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI) o pagos de incapacidad del Seguro Social, beneficios de incapacidad para Veteranos, beneficios de incapacidad por Jubilación del Ferrocarril, o beneficios gubernamentales de incapacidad.

Si usted tiene preguntas o no entiende estos puntos, por favor contacte a la Oficina de Health and Human Services.

De acuerdo a la ley Federal y las políticas del U.S. Departmente of Agriculture (Departamento de Agricultura de los Estados Unidos), el Nebraska Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska) está prohibida la discriminación basándose en la raza, color, nacionalidad, sexo, edad, religión, creencias políticas o discapacidad.

Para poner una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20250-9410 o llame al teléfono (202) 720-5964 (voz y TDD). USDA es un proveedor y empleador con igualdad de oportunidades.

REPORTE DE CATEGORÍAS DE ESTAMPILLAS DE COMIDA

El Reporte de Categorías de Estampillas de Comida se explica aquí abajo. La categoría a la que esté asignado indica que su familia está requerida a reportar durante su periodo de certificación. Cuando su familia está asignada a una de estas categorías, su trabajador asignado y/o notificación de elegibilidad le informarán el reporte de categoría de su familia.

1) REPORTE DE CATEGORÍA SEIS-MESES

Se le requiere a su familia reportar, cuando el ingreso mensual bruto exceda el máximo ingreso mensual bruto límite para el tamaño de su familia. El ingreso mensual bruto incluye ingresos ganados y no ganados antes de cualquier deducción, tal como impuestos. Si el ingreso mensual excede el máximo ingreso mensual bruto límite para la cantidad de personas en su familia, debe reportarlo en un periodo de 10 días después del fin de mes en que el ingreso fue recibido. Su aviso de elegibilidad le informará que el nivel de ingreso mensual bruto a reportar es de acuerdo a la cantidad de personas en su familia.

2) REPORTE DE CATEGORÍA DE BENEFICIOS TRANCISIONALES

No se le requiere a su familia reportar ningún cambio.

3) CAMBIO DE REPORTE DE CATEGORÍA

Su familia debe reportar cambios en un periodo de 10 días a partir de la fecha en que su familia supo de los cambios. Se le requiere a su familia reportar lo siguiente:

1. Cuando alguien entra o sale de su hogar.
2. Prueba de su nueva dirección y costos nuevos, si se mudan.
3. Recibos de vehículos adicionales
4. Recibo de recursos incluyendo dinero en efectivo a la mano, acciones, bonos y dinero en cuenta de cheques o ahorros los cuales tengan un total familiar de más de \$2000;
5. Cambios en el empleo, en la tarifa de salario, y la situación de empleo en medio turno o turno completo. Si este es un trabajo nuevo, debe reportarse en un periodo de 10 días a partir de la fecha en que el primer cheque haya sido recibido. Para propósitos de reporte, 30 horas por semana se considera turno completo.
6. Cambios en fuentes o cambios totales mayores a \$25 en ingresos recibidos de fuentes no-privadas. A Usted NO se le requiere reportar cambios en el ingreso de la pensión de los hijos o la pensión alimenticia durante su periodo de certificación.
7. Cambios en la obligación legal para pagar la manutención o pensión de los hijos; y
8. Cualquier cambio en horas de trabajo que lleven a un individuo a trabajar 20 horas por semana, promediado mensualmente por adultos sanos sin dependientes (ABAWDs) sujeto a tiempo-limitado de beneficios.

Contacte a su trabajador asignado, en caso de que tenga cualquier pregunta acerca de sus requisitos para su reporte.



NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS PRIVADAS DE INFORMACIÓN

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELA CUIDADOSAMENTE. Vigente: 04/14/2003

El Sistema de Servicios Humanos y de Salud del Estado de Nebraska, las Agencias que incluyen los centros de salud y programas de asistencia médica que están afiliadas bajo el control común de la Asociación de la Acta de los Servicios Humanos y de Salud de Nebraska, están obligados por la ley federal a mantener la privacidad de la Información de Salud Protegida y a proporcionar notificación de sus deberes legales y prácticas privadas con respecto a la Información de Salud Protegida.

PRÁCTICAS Y USOS:

HHSS puede acceder, utilizar y compartir información médica con el propósito de :

- ❖ **Tratamiento:** Podemos utilizar la información médica para proporcionarle los servicios o tratamientos médicos. Por ejemplo; un doctor puede necesitar decirle al dietista o nutriólogo si existe un cuadro de diabetes para que se prepare el menu apropiado.
- ❖ **Pagos:** Podemos utilizar y divulgar la información médica para que le cobren el tratamiento y los servicios que reciba. Por ejemplo, podemos utilizar la información médica de una operación que recibió para que al hospital le sean reembolsados los gastos
- ❖ **Operaciones:** Podemos utilizar y revelar la información para operaciones médicas. Por ejemplo, podemos utilizar información médica para revisar su tratamiento y servicios y evaluar el comportamiento del personal.

OTROS USOS PERMITIDOS Y DIVULGACIONES QUE SE PUEDEN HACER SIN CONSENTIMIENTO:

- ❖ **Requerido por la Ley:** Podemos utilizar o divulgar la Información de Salud Protegida hasta el punto que éstos sean requeridos por la ley. Será notificado, si se requiere por la ley, de tales usos y divulgaciones.
- ❖ **Salud Pública:** Podemos divulgar la Información de Salud Protegida para propósitos y actividades de salud pública ala autoridad competente autorizada por ley a recibir ésta.
- ❖ **Enfermedades Transmisibles:** Podemos divulgar la Información de Salud Protegida, autorizada por ley, a cualquier persona que haya sido expuesta a una enfermedad transmisible o que corra el riesgo de contraer o propagar la enfermedad o condición.
- ❖ **Supervisión de Salud:** Podemos divulgar la Información de Salud Protegida a una agencia de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por ley, u otras actividades necesarias para la supervisión apropiada del sistema de cuidado de salud, programas benéficos y regulatorios gubernamentales y leyes de derechos civiles.
- ❖ **Abuso o Negligencia:** Podemos divulgar la Información de Salud Protegida a una autoridad de salud pública que esté autorizada por ley para recibir informes de abuso o negligencia. La divulgación contendrá lo solicitado por las leyes federales y estatales.
- ❖ **Procedimientos Legales:** Podemos divulgar la Información de Salud Protegida durante cualquier procedimiento judicial o administrativo como respuesta a la orden del juzgado o tribunal administrativo (siempre y cuando sea autorizado), y en ciertas condiciones como respuesta a un a comparecencia, o a cualquier otro proceso legal.

- ❖ **Imposición de la Ley:** Podemos divulgar la Información de Salud Protegida, siempre y cuando se apliquen los requisitos legales, para imponer la ley.
- ❖ **Administración de Comida y Drogas:** Podemos divulgar la Información de Salud Protegida a una persona o compañía requerida por la Administración de Comida y Drogas.
- ❖ **Directores Funerarios, y Donaciones de Órganos:** Podemos divulgar Información de Salud Protegida a un instructor médico con el propósito de identificación y determinación de la causa de muerte, o para que el instructor médico realice otras obligaciones requeridas por la ley.
- ❖ **Investigaciones:** Podemos divulgar su Información de Salud Protegida a investigadores cuando las investigaciones hayan sido aprobadas por una junta institucional de revisión para asegurar la privacidad de su Información de Salud Protegida.
- ❖ **Actividad Criminal:** De acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables, podemos divulgar la Información de Salud Protegida si creemos que esto es necesario para prevenir o disminuir una amenaza seria o inminente a la salud o seguridad de una persona o del público.
- ❖ **Actividad Militar y Seguridad Nacional:** Cuando las condiciones apropiadas se apliquen, podemos utilizar o divulgar la Información de Salud Protegida de individuos que formen parte del Personal de las Fuerzas Armadas.
- ❖ **Compensación del Trabajador:** Podemos divulgar la Información de Salud Protegida como se autoriza para obedecer las leyes de compensación del trabajador y otros programas similares legalmente establecidos.
- ❖ **Presos:** Podemos utilizar o divulgar la Información de Salud Protegida si Ud. es un preso de una facilidad correccional mientras se le proporciona cuidado.
- ❖ **Usos y Divulgaciones Requeridos:** De acuerdo con la ley, debemos hacer divulgaciones cuando sea requerido por el Secretario del Departamento de los Servicios Humanos y de Salud de EEUU para investigar o determinar nuestro acuerdo con los requisitos de 45 CFR, Título II, Sección 164, et. Seq

OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Puede autorizarnos por escrito la utilización de la información medica para otros propósitos, así mismo puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento.



HHSS Project Management Office, P.O. Box 95026, 301 Centennial Mall South, 5th Floor, Lincoln, NE 68509-5026

SUS DERECHOS A LA PRIVACIDAD:

- ❖ **Derecho a Inspeccionar y a Copiar.** Tiene a derecho inspeccionar y copiar información médica que sea utilizada para tomar decisiones sobre su cuidado. Normalmente, esto incluye facturas de pago y médicas pero no notas de psicoterapia. Para inspeccionar y copiar información médica, presente su petición por escrito en el Lugar de Servicio, o al Estado de Nebraska, Sistema de Servicios Humanos y de Salud, HIPAA Oficina del Proyecto Administrativo en la dirección arriba de esta Notificación. Si pide una copia de la información, podemos cobrarle por el costo de copiar, enviar por correo u otros suministros asociados con su petición. Podemos negar su petición para inspeccionar y copiar en circunstancias muy limitadas. Si se le niega acceso a información médica, puede pedir la revisión de la negativa. Para más información llame al (402) 471-8417.
- ❖ **Derecho a Rectificar.** Si siente que la información médica es incorrecta o incompleta, puede pedir que rectifiquemos la información. Tiene derecho a pedir una rectificación siempre y cuando la información esté guardada por o para HHSS. Para pedir una Rectificación, su petición debe hacerse por escrito en el Lugar de Servicio, o presentada al Estado de Nebraska, Sistema de Servicios Humanos y de Salud, Oficina del Proyecto Administrativo HIPAA a la dirección que encontrará arriba de esta Notificación. Además, debe proporcionar una razón que apoye su petición. Podemos negarle la petición de rectificación si no es por escrito y no incluye una razón. Además, podemos negarla si pide que rectifiquemos información que:
 - No haya sido creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que haya creado la información no esté más para hacer la rectificación;
 - No sea parte de la información médica guardada por o para HHSS;
 - No sea parte de la información de la que Ud tiene permiso a inspeccionar y a copiar; o,
 - No sea precisa y completa.
- ❖ **Derecho a una Cuenta de Divulgaciones.** Tiene derecho de pedir una “cuenta de divulgaciones.” Es una lista de las divulgaciones que hicimos de su información médica. Para conseguir esta lista, Ud debe presentar su petición por escrito en el Lugar de Servicio, o al Estado de Nebraska, Sistema de Servicios Humanos y de Salud, Oficina del Proyecto Administrativo HIPAA, dirección que encontrará arriba de esta Notificación. Su petición debe exponer un periodo de tiempo que no debe de ser mayor a 6 años y no debe incluir fechas antes del 14 de Abril, 2003. Su petición debe indicar de que manera quiere que la lista le sea proporcionada: por ejemplo, en papel, o por correo electrónico.
- ❖ **Derecho a Pedir Restricciones.** Tiene derecho a pedir una restricción o limitación de la información médica que nosotros utilicemos o divulguemos de su tratamiento, pagos, u operaciones de cuidado sanitario. También tiene derecho a pedir un límite en la información médica que divulguemos a quién esté involucrado en su cuidado o en el pago del mismo, como un miembro de su familia o un amigo. Por ejemplo, Ud puede pedir que no utilicemos o divulguemos información sobre una cirugía que haya tenido.

- ❖ **No estamos obligados a estar de acuerdo con su petición para restricciones.** Si estamos de acuerdo, obedeceremos su petición, a menos que cierta información se necesite para proporcionarle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, debe hacer la petición por escrito en el Lugar de Servicio, o al Estado de Nebraska, Sistema de Servicios Humanos y de Salud, Oficina del Proyecto Administrativo HIPAA en la dirección que encontrará arriba de esta Notificación. En la petición debe incluir: (1) la información que quiere limitar, (2) si quiere limitar nuestro uso, divulgación, o ambos; y (3) a quién debemos aplicar los límites; por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.
- ❖ **Derecho a Pedir Comunicaciones Confidenciales.** Tiene derecho a pedir que nos comuniquemos con Ud sobre asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, puede pedir que nos pongamos en contacto con Ud en el trabajo o por correo. Para pedir comunicaciones confidenciales, debe hacer su petición por escrito en el Lugar de Servicio, o al Estado de Nebraska, Sistema de Servicios Humanos y de Salud, Oficina del Proyecto Administrativo HIPAA en la dirección que encontrará arriba de este formulario. No le preguntaremos la razón de esta petición. Nos ajustaremos a todas las peticiones razonables. La petición debe especificar cómo o donde desea ser contactado.

Quejas

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede registrar una queja con HHSS o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU. Para registrar una queja con HHSS, puede acercarse a nuestro Contacto de Privacidad, **Oficina de Proyecto Administrativo HHSS HIPAA** al (402) 471-8417 de Lunes a Viernes de 9:00 a.m. a 4:30 p.m., excepto los días festivos estatales, o hss.hipaaoffice@hss.state.ne.us para más información sobre el proceso de quejas. Para procesar una queja con HHS, contacte: Secretary, Health and Human Services, Office of Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201, 1-866-OCR PRIV (627-7748), 1-866-778-4989- TTY. Ud no será penalizado por registrar una queja.

Cambios de la Notificación de las Prácticas de Información

El Sistema de Servicios Humanos y de Salud del Estado de Nebraska se reserva el derecho de rectificar esta Notificación en cualquier momento en el futuro. Hasta que tal rectificación sea hecha, HHSS está obligado por la ley a atenerse a los términos de esta Notificación.

Información de Contacto

Esta Notificación cumple los requisitos de “Notificación” del Acta de Contabilidad y Portabilidad de la Información de Salud de 1996 (HIPAA), Regla Final de Privacidad. Si tiene preguntas sobre las prácticas de esta Notificación de Información de Privacidad o desea tener más información de prácticas de información en el Estado de Nebraska, Sistema de Servicios Humanos y de Salud por favor dirijase a : The HIPAA Project Management Office, 301 Centennial Mall South, Lincoln, Nebraska, 68509-9449. Por correo electrónico a hss.hipaaoffice@hss.state.ne.us.